Die Konisation beim mikroinvasiven Zervixkarzinom (Stadium Ia1 und Ia2)

H.	Pickel
----	--------

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. R. Winter)

Univ.-Prof. Dr. H. Pickel, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Die Behandlung eines mikroinvasiven Karzinoms des Stadiums Ia1 kann durchaus nach den Regeln erfolgen, wie sie für die Behandlung der nicht invasiven CIN gültig sind. Wesentlich ist, daß die gesamten Veränderungen, also besonders auch die noch nicht invasiven pathologischen Epithelien, zur Gänze eliminiert werden. Man erreicht das am besten, indem man zunächst eine Konisation durchführt und am Konus histologisch untersucht, ob die ganzen Veränderungen erfaßt worden sind. Ist das nicht der Fall, so werden die restlichen Veränderungen nach Abheilen der Konisationswunde in einer zweiten Sitzung durch eine neuerliche Konisation entfernt, oder aber es wird der Uterus sekundär exstirpiert. Die operative Behandlung ohne Konisation, also durch primäre Uterusexstirpation, ist in der Regel nicht möglich, da die Diagnose nicht bekannt ist. Selbst bei zufälligem Nachweis des beginnend invasiven Wachstums in einer gezielten Biopsie kann nicht beurteilt werden, welche Veränderungen sich in dem meist großen Krankheitsfeld sonst noch abspielen [1],

Jeder Fall eines mikroinvasiven Karzinoms Stadium Ia2 jedoch ist für sich individuell zu betrachten und zu behandeln. Prinzipiell können auch diese sehr kleinen Karzinome mit der Konisation behandelt werden. Anzustreben ist eine möglichst genaue Größenbestimmung im histologischen Konisationspräparat. Die Beziehung des Tumors zum Gefäßsystem hat besonders genau überprüft zu werden. Es muß aufgrund aller vorliegenden Kriterien entschieden werden, ob die Metastasierungsfähigkeit dieses Karzinoms mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Ist dies der Fall, so hat man es mit einer lokalisierten Erkrankung zu tun, wobei die lokale Maßnahme der Konisation genügt hat. Eine Uterusexstirpation bringt nicht mehr Sicherheit, außer die Ränder des Konus gehen durch ein pathologisches Plattenepithel im Sinne eines CIN. Geht die Abtragungsfläche des Konus hingegen durch invasive Verbände, so ist die Diagnose des Mikrokarzinoms bereits hinfällig. Bei solchen Fällen sowie bei dem Verdacht auf eine bereits gegebene Metastasierungsfähigkeit in das lymphatische System müssen radikale Eingriffe vor allem im Sinne einer pelvinen Lymphadenektomie, durchgeführt werden. Die sekundäre Entfernung des Uterus spielt hierbei keine entscheidende Rolle mehr [1].

Die Probleme hinsichtlich der Metastasierungsfähigkeit des Mikrokarzinoms Ia2 gemäß FIGO Stadium-einteilung 1988 sind aber bislang noch nicht befriedigend gelöst, weil verlässliche prognostische Parameter weiter ausstehen. Aus einer Literaturübersicht [2] geht hervor, daß nur bei einer verschwindenden Fallzahl (1,6%) die Lymphadenektomie auch einen tatsächlichen Metastasierungsnachweis erbracht hat. Bei 39 eigenen Fällen mit Mikrokarzinomen und Lymphgefäßinvasion konnten nie Lymphknotenmetastasen festgestellt werden [2].

Es muß demnach eine kritische Tumorgroße beim Mikrokarzinom geben, bis zu der die peritumoral in das Lymphgefäßsystem der Zervix uteri abgesiedelten Geschwulstzellemboli abgefangen und durch die körpereigene Abwehr vernichtet werden. Nur größere randomisierte Studien unter dem Einsatz biometrischer, biochemischer und molekularbiologischer Methoden konnten bei der Entscheidungsfindung helfen, eine bestimmte Gruppe von Mikrokarzinomen, ja sogar auch sehr kleine Carcinomata colli uteri Ib mit konservativen Methoden wie mit einer Konisation behandeln zu können. Wahrscheinlich dürfte die prognostisch ungünstigste Gruppe die schlecht differenzierten, dissoziiert wachsenden Karzinome des Platten- und Drüsenepithels der Cervix uteri beinhalten. Die Bemessung der Tiefenausdehnung als Sicherheitsabstand von maximal 3 mm für die Entschei-

dung Konisation oder radikaler Eingriff, wie sie in der sätzlicher prognostischer Parameter die Erhebung des angloamerikanischen Literatur propagiert wird dürfte zu DNS-Indexes sein, wie sie von Jakobsen et al 1990 vorgepessimistisch sein [3, 5]. Viel wichtiger scheint als zuschlagen wurden [4].

Literatur

Burghardt E, Girardi F, Lahousen M, Pickel H, Tamussino K: Microinvasive Carcinoma of the Uterine Cervix, Stage Ia Cancer. 1991; 67: 1037-1045.

Burghardt E: Cervical Cancer. Results in Burghardt E, Webb M, Monaghan JM, Kindermann G. Eds. Surgical Gynecologic Oncology. 1993; Thieme Stuttgart.

Morgan PR, Anderson MC, Buckley CH, Murdoch JB, Lopes A, Duncan ID, Monaghan JM: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists micro-invasive carcinoma of the cervix study: preliminary results. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1993; 100: 664-668.

Jakobsen A, Bichel P, Ahrons S, Nyland M & Knudsen J: Is Radical Hysterectomy Always Necessary in Early Cervical Cancer? Gynecologic Oncology 1990; 39: 80-81. Sevin BU, Nadji M, Averette HE, Hilsenbeck S, Smith PHD & Lampe B: Microinvasive Carcinoma of the Cervix Cancer 1992; 70: 2121-2128.

8

Pickel

Die Konisation beim mikroinvasiven Zervixkarzinom (Stadium Ia1 und Ia2)